



南帕薩迪納市
社區服務部
長者中心
撥號乘車計畫

南帕薩迪納奧克斯利街 1102 號，CA91030

電話：(626) 403-7368 DAR@southpasadenaca.gov

請填寫申請表、簽名並註明日期。郵寄或專人送至上列地址

撥號乘車計畫申請表

姓名：_____ 出生日期：_____ 女性 男性
(名字) (姓氏)

地址：_____ 南帕薩迪納，CA 91030
街道 公寓 #

電話號碼：_____ 手機號碼：_____

電子郵件地址：_____

您是南帕薩迪納的居民嗎？是 否 您已年滿 55 歲嗎？是 否

如果您未滿 55 歲，您是否有殘疾？是 否

請注意：55 歲以下的殘障申請人需要醫生證明信

您使用： 拐杖 助步器 服務性動物 輪椅 (類型)：
 其他 (請說明)

私人服務人員/護理人員會陪伴您出行嗎？ 是 否

姓名：_____ 電話號碼：_____

您居住的地方有山丘或狹窄街道/死胡同嗎？ 是 否

請解釋：_____

*工作人員可能會在批准之前完成現場檢查以確定 DAR 項目車輛的可使用情況

緊急聯絡人

主要聯絡人：_____ 關係：_____ 電話：_____

次要聯絡人：_____ 關係：_____ 電話：_____

醫師：_____ 關係：_____ 電話：_____

請注意，司機無法找零費用。撥號乘車費用為每次單程 0.50 美元 (往返 1.00 美元)。護理人員/護理人員不收取任何費用。僅允許註冊的服務性動物才能乘坐巴士。如電話號碼、緊急聯絡人或醫生有任何變動，請通知辦公室。申請人必須年滿 55 歲並且是南帕薩迪納居民，才有資格參與該計畫。如申請人年齡在 55 歲以下，則需要醫生證明信。

簽名：_____ 日期：_____

僅限辦公室人員填寫

收到日期：_____ 批准？ Y N 審核首字母：_____

核准信已發送 _____ 乘客卡已發送：_____

評論：_____

更新日期：10/24/22